

**記入例**

国民健康保険 限度額適用認定証 標準負担額減額認定証 交付申請書・入院日数届書  
 限度額適用・標準負担額減額認定証

(宛先)前橋市長

枝番の記入は不要

令和 ●年 ●月 ●日

被保険者 記号・番号		ま 1 2 3 - 4 5 6 7	電話番号 (世帯主)	0 9 0 ( 1 2 3 4 ) 5 6 7 8											
世帯主	住所	前橋市○○町一丁目2番3号			日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。										
	氏名	前橋 太郎													
	生年月日	T H	●年 ●月 ●日	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
対象者	氏名	前橋 一郎			マイナンバー										
	生年月日	S R	●年 ●月 ●日	個人番号	2	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2

長期入院	申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	①	入院期間(日数)	令和 ●年 ●月 ●日 ~ 令和 ●年 ●月 ●日	91日間
	①	保険医療機関等	名称	○○病院
			所在地	前橋市○○町三丁目2番1号
②	入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
②	保険医療機関等	申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の有無を☑し、有れば、入院期間(日数)と保険医療機関等を記入してください。		

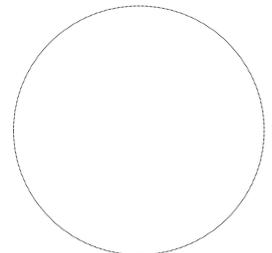
来庁者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員(世帯主との続柄: 氏名: )			
	※「その他」の場合、下記に記入してください。			
	<input type="checkbox"/> その他	住所	世帯主との続柄	
	氏名	電話番号	( )	

**【市記入欄】**

適用区分等	ア・イ・ウ・エ・オ・食事のみ・不明	長期入院	該当・非該当	
	現Ⅱ・現Ⅰ・区分Ⅱ・区分Ⅰ	長期入院該当年月日	R	年 月 1日
国保税納付状況 ※70歳未満	<input type="checkbox"/> 完納	支払方法 窓口・郵送・不認定	被保険者証	持参・未持参
	<input type="checkbox"/> 滞納有(特別事情有)			
確認	個人番号	来庁者	個カ・免・在カ・その他 ( )	
		世帯主	個カ・通カ・住民票・その他 ( )	
		対象者	個カ・通カ・住民票・その他 ( )	
		代理権	個カ・免・保・その他 ( )	

記入不要

受付印



受付者: